

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'UNIVERSITÉ)

PAR

Sonia LEMKIN

Née à Riga (Russie), le 8 octobre 1898

La Lèpre et sa Prophylaxie

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

411

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'UNIVERSITÉ)

PAR

Sonia LEMKIN

Née à Riga (Russie), le 8 octobre 1898

La Lèpre et sa Prophylaxie

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	N...
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale
 CLERC . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expériment¹⁶
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. . . Obstétrique.
LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
LIAN. Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
METZGER . . . Obstétrique.
MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
PHILIBERT. . . Bactériologie.
RIBIERRE. . . Pathologie médicale.
RICHET Fils. . Physiologie.
TANON. . . . Pathologie médicale.
TIFFENEAU . Pharmacologie en ma-
tière médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VERNE. . . . Histologie.
VILLARET . . . Pathologie médicale.
WELTER. . . . Ophthalmologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
GUÉNIOT, . . Obstétrique.

MM.

RETTNER. . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LOEPER Clinique médicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY Clinique médicale.
SCHWARTZ . . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. JEANSELME

Professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCHOUX

Professeur à l'Institut Pasteur

La Lèpre et sa prophylaxie

AVANT-PROPOS

La lèpre autrefois si répandue, et que l'on craignait au point d'obliger les malades à se réunir dans des asiles spéciaux, les « léproseries » est une maladie dont on ne parle plus guère. Nombreux sont ceux qui croient que c'est une maladie ancienne, n'existant plus de nos jours, ou, si elle existe encore, ne se rencontrant plus que dans l'Inde. Or comme nous le rapportons brièvement dans le chapitre suivant, la lèpre est encore très répandue dans certains pays, en Asie, Afrique, Océanie. En Europe quoique très combattue, elle n'est pas si rare qu'on peut le croire et, même en France, il en existe de véritables petits foyers. En dehors de ces centres limités, chaque année ramène en Europe des cas de lèpre exotique qui peuvent redisséminer la terrible maladie.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de chercher quelles mesures prophylactiques efficaces étaient employées actuellement, et surtout de montrer quelles mesures énergiques sont encore à employer.

Notre Maître, le professeur Jeanselme, a eu la bonté de nous diriger et de nous suivre à travers ces recherches. Nous l'en remercions ici encore bien vivement.

Nous nous faisons également un devoir et un plaisir de remercier ici M. le docteur Marchoux, professeur à l'Institut Pasteur, qui avec une grande bienveillance a nous fourni de nombreux documents très intéressants et nous a dirigé pour ce modeste travail.

HISTOIRE ET GÉOGRAPHIE

La lèpre est une des maladies les plus anciennement connues. Certains auteurs croient en retrouver la trace dans la plus haute antiquité. Elle existait en Grèce 400 ans avant Jésus-Christ. Elle fut amenée d'Asie-Mineure à Rome par les légions de Pompée, et s'étendit rapidement à toute l'Italie. Elle devint à ce moment un grand danger, et tous les malades et suspects furent réunis dans des asiles spéciaux, dits « léproseries ». Au ^{xiii}^e siècle il existait 2.000 de ces asiles en France. Les malades sortaient parfois, mais complètement enveloppés, la face couverte, et en agitant une cliquette pour annoncer leur passage. Grâce à ces mesures rapides et énergiques, la lèpre semble avoir disparu de France au ^{xvii}^e siècle.

Malgré ces mesures d'isolement, on se demande, comment cette maladie autrefois si répandue, est rare de nos jours, tout au moins en Europe. N'a-t-on pas fréquemment, autrefois, confondu *lèpre* et *syphilis* ? Il est en effet très probable que les léproseries n'abritaient pas que des lèpreux. Il s'y trouvait également des galeux, des lupiques, des teigneux, des psoriasiques, des cancéreux, et surtout de syphilitiques.

Aussi ne faut-il pas s'étonner de la crainte qu'inspirait la lèpre. L'excessive contagiosité qu'on lui prêtait tenait certainement à des confusions avec les dermatoses parasitaires facilement transmissibles comme la gale ou la syphilis.

Il ne faudrait pas croire cependant que la lèpre ne relève plus de nos jours que de l'histoire. On trouve encore actuellement en France de petits foyers de lèpre en Bretagne, en Provence, dans les Alpes-Maritimes, et en Auvergne. Mais la France est pourtant un des pays où il existe actuellement le moins des cas de lèpre. Cette affreuse maladie est encore très répandue en Espagne et au Portugal, un peu moins en Italie et en Sicile, assez rare en Suisse, en Autriche-Hongrie, en Roumanie, Bulgarie, Serbie. En Turquie il existe de nombreux malades qui vivent sans soins et sans précautions. La lèpre n'est pas rare en Grèce. En Russie on en connaît trois centres importants : dans le Caucase, dans l'Oural, et dans les provinces baltiques.

En Allemagne, il existe un seul petit foyer à Memel, tous les malades atteints de lèpre étant immédiatement dirigés sur cette ville.

En Angleterre, Belgique, Hollande, Danemark, il n'existe plus que des cas d'importation. Enfin, il existe en Europe un dernier foyer en Scandinavie.

Heureusement, nous pouvons dire que la lèpre est en voie de régression constante en Europe, mais le danger consiste dans les cas d'origine étrangère

qui affluent et viennent raviver les foyers qui s'éteignaient et en rallumer d'autres.

On estime à 200 les lépreux vivant à Paris ; à 100 ceux qui vivent à Londres. Plusieurs centaines débarquent à Hambourg chaque année.

Mais si la lèpre est relativement rare en Europe, elle est très répandue ailleurs : en Asie, en Palestine, en Arabie, en Perse. On estime à 100.000 le nombre des lépreux de l'Inde anglaise. Notre maître, le professeur Jeanselme, pense qu'il existe environ 15.000 lépreux en Indo-Chine, 3.000 aux Philippines, 25.000 au Japon. En Chine, le nombre des malades est considérable. Il y en a également beaucoup à Madagascar et en Océanie.

DESCRIPTION DE LA MALADIE

L'incubation de la lèpre est en général longue, plusieurs années. On compte en moyenne de deux à cinq ans, mais on a vu l'incubation se prolonger bien plus longtemps : dix, quinze et même vingt ans.

Puis vient la période d'invasion avec des prodromes : fièvre intermittente, abattement, faiblesse générale, tendance au sommeil, troubles digestifs, épistaxis, maux de tête, vertiges, sueurs profuses ou sécheresse spéciale de la peau, prurit, hyperesthésie cutanée, courbatures, douleurs rhumatismales, anémie, troubles menstruels.

Puis apparaissent sur la peau des macules érythémateuses, c'est la période d'éruption qui revêt une des trois formes suivantes :

- 1° Lèpre tubéreuse ou nodulaire ;
- 2° Lèpre anesthésique ou nerveuse ;
- 3° Lèpre mixte.

Nous ne donnerons qu'une description rapide des diverses formes que peut revêtir cette maladie, désirant nous étendre plus longuement sur son mode de transmission et sur les moyens de la combattre.

1° *Lèpre tubéreuse ou nodulaire.* — Dans la lèpre

tubéreuse, sur les macules se développent des nodosités hémisphériques d'abord rosées, qui se foncent ensuite pour prendre une teinte vieux cuivre. Finalement elles virent au jaune pâle. Ces tubercules siègent surtout à la face donnant au malade l'aspect devenu classique dit : masque léonien. Ils siègent également aux membre, côté des extenseurs. Ils sont durs rénitents et n'ont aucune tendance à la suppuration. Ils peuvent s'effacer, disparaître, puis revenir à la même place ou ailleurs.

Parfois l'état général du malade est très mauvais : diarrhées, état typhique, mort rapide. Mais en général la maladie évolue en une dizaine d'années avec des alternatives d'amendement et d'aggravation des phénomènes morbides. Le malade meurt le plus souvent d'une maladie intercurrente : tuberculose ou pneumonie.

20 *Lèpre nerveuse*. — Le début se fait également par des macules dont la coloration s'accroît (taches hyperchromiques) ou au contraire disparaît (taches achromiques). Ces macules sont anesthésiques. Le malade présente des zones d'insensibilité. Ces troubles s'accompagnent d'atrophies musculaires, de paralysies (mains en griffe). L'insensibilité alterne avec des périodes de névralgies très douloureuses. La peau se sclérose, les os se résorbent. Il se produit des amputations spontanées des extrémités, des maux perforants palmaires et plantaires, les ulcères.

Cette forme de lèpre est plus longue que la précédente. Le malade est également emporté par une

maladie intercurrente, mais qui est cette fois rarement la tuberculose; c'est le plus fréquemment la pneumonie.

3° *Lèpre mixte*. — Elle participe des deux formes précédentes. Ce sont les cas les plus nombreux. Les malades présentent à la fois des zones d'anesthésie et des nodules lépreux.

QUEL EST L'AGENT DE LA LÈPRE ?

La découverte de bacille spécifique de la lèpre est due à Hansen en 1874, c'est le *mycobacterium leprae* de la classification de Lehmann et Neumann. Comme le bacille de la tuberculose il appartient à la grande famille des acido-résistants. Recouvert d'une coque céroïde il prend difficilement les matières colorantes, mais les retient ensuite énergiquement. C'est un fin bâtonnet à extrémités effilées qui se trouve dans les tissus en masses pressées, en amas auxquels on a donné le nom de globées. Dans les globées les bacilles sont serrés les uns à côté des autres comme des brindilles de bois, ou, comme le dit Hansen « comme des cigares dans un paquet ». Ils sont contenus dans une masse glutineuse, transparente, incolore, très résistante. Ce produit consistant qui entoure les bacilles ne l'empêche cependant pas de se colorer.

La méthode employée pour colorer le bacille de Hansen est la même que celle employée pour le bacille de Koch. Les germes se détachent en rouge vermillon sur le fond bleu de la préparation.

Les bacilles de la lèpre sont parasites des macrophages ; tous, ils sont intra-cellulaires. Tant que les

conditions restent favorables à leur développement les bacilles se multiplient, et la cellule parasitée grossit pour les contenir. Elle ne semble pas souffrir beaucoup de leur présence ; les bacilles ne se nourrissent évidemment pas à leurs dépens, mais des mêmes substances qu'elle.

Si les macrophages supportent un parasitisme aussi copieux, c'est parce que le bacille de la lèpre ne fabrique pas de toxine, comme celui de la tuberculose. Etant le parasite des macrophages, on trouve le bacille de Hansen partout où se rencontrent ces cellules : c'est en effet dans les tissus lymphoïdes et le tissu conjonctif qu'il se loge. Ce sont ces cellules migratrices parasitées qui viennent s'accumuler dans la peau, autour des vaisseaux, dans les mailles de derme, et constituent par leur amoncellement les tubercules qui font saillie sur la peau. Ce sont elles qui infiltrent le tissu conjonctif interfasciculaire des nerfs, amenant par compression la dégénérescence du cylindraxe, et, par suite, les troubles sensitifs, trophiques et moteurs qu'on observe dans la lèpre.

Les bacilles circulent avec le sang, notamment quand une fièvre quelconque appelle les macrophages dans les vaisseaux. On ne s'étonnera donc pas de trouver des cellules parasitées en abondance dans le foie, la rate, le rein, les poumons, les testicules, l'œil. La maladie se trouve disséminé dans tout l'organisme. Nombreux sont les essais de culture et d'inoculation du bacille de la lèpre. Ce microbe qui existe si abondamment dans l'organisme

des lépreux ne peut pas être cultivé, ni inoculé. Dans la « 3^e conférence internationale de la lèpre » tenue à Strasbourg en juillet 1923, nous trouvons des communications très intéressantes sur des essais de culture et d'inoculation du bacille de la lèpre. Malheureusement les résultats obtenus ne sont pas du tout probants et l'on peut dire que jusqu'ici le bacille de la lèpre n'est ni cultivable, ni inoculable.

Comment la maladie est-elle transmise ? Et tout d'abord quelle sont les voies d'émission du bacille de la lèpre.

Les voies d'élimination du bacille de Hansen sont multiples, grâce à de nombreuses recherches, on sait qu'il peut s'éliminer du corps d'un sujet lépreux par ses sécrétions normales ou pathologiques : mucus nasal, muccosités bucco-pharyngées ou pulmonaires, larmes, urine, matières fécales, sécrétions sudorales et pilo-sébacées ; il s'élimine également par le pus de lépromes ulcérés, par le pus d'abcès provoqués par une streptococcie intercurrente, et même par des desquamations de la peau saine.

De plus, le bacille de la lèpre peut être transmis de la mère au fœtus par la voie transplacentaire.

Ce fut notre maître, le professeur Jeanselme, qui le premier, au cours de ses leçons à l'hôpital Saint-Antoine, en 1896, attira l'attention sur la présence presque constante du bacille de Hansen dans le mucus nasal ; il en proposa la recherche systématique dans un but de diagnostic.

Quelques mois plus tard, en 1897, dans une com-

munication à la Société médicale des Hôpitaux, MM. Jeanselme et Laurens signalent la présence, dans 61,53 o/o des cas, de nombreux amas bacillaires dans le mucus nasal, le sens des épistaxis initiales, le muco-pus du coriza chronique. Ils insistent sur l'abondance considérable des amas bacillaires.

De ce mémoire se dégagent deux points :

1^o Qu'il est présumable que l'on pourrait, dès la période initiale, établir le diagnostic par l'examen bactériologique du mucus nasal.

2^o Que le mucus nasal des lépreux est d'une très grande virulence. On peut donc considérer la rhinite comme une des sources les plus efficaces de la propagation de la lèpre.

Tous ces faits furent confirmés en 1897, à la première conférence de la lèpre à Berlin, par Sticker, Lori et Pfefferkom, Boeck et Danielssen, par Soldschmidt, Koëlner et Palias. On proposa d'administrer 2 à 4 grammes d'iodure de potassium au sujet suspect pour provoquer un coryza et rechercher dans le mucus nasal le bacille spécifique. C'est par ce procédé que MM. Marchoux et Bonnet obtinrent un mucus nasal riche en bacilles chez la femme Joséphine soigné à l'Institut Pasteur (1908).

Courmont en 1909, Joyeux en 1911, confirmèrent cette excessive fréquence du bacille dans le mucus nasal.

La conclusion qui se dégage est qu'il faut aller rechercher la présence du bacille de Hansen chez tout individu suspect ; sa constatation impose un

isolement, avant l'apparition de lésions ulcéreuses apparentes.

Dans les mucosités bucco-pharyngées se trouvent également de nombreux bacilles. La toux, l'éternuement même la simple parole, projettent des bacilles en nombre considérable, à une distance qui peut atteindre 1 m. 50 !

On a également signalé de nombreux cas de sujets ayant des bacilles dans les sécrétions oculaires, pilo-sébacées et sudorales, dans les matières fécales. Dans un cas signalé par Roenner existaient des ulcères lépreux de l'intestin.

L'élimination du bacille peut se faire par grattage et desquamation de la peau saine. M. le professeur Jeanselme a pu dire que « toute blessure chez un lépreux peut être une source de contagion » et : « la blessure la plus insignifiante doit être protégée par un pansement occlusif jusqu'à cicatrisation complète ».

Enfin, le bacille de Hansen existe dans le sang. Cette bacillémie hansénienne a été bien étudiée par notre maître, le professeur Jeanselme qui, dans son travail sur la lèpre oculaire, a pu observer des vaisseaux dans la lumière desquels on remarquait des amas cellulaires assez abondants pour former une véritable thrombose microbienne.

Etant donné les multiples voies d'élimination du bacille de Hansen, il est permis de conclure à la facilité de la contagion. Cependant quoique très contagieuse, et avec des formes semblables à celles de

la tuberculose, la lèpre est beaucoup moins répandue que celle-ci. C'est que la « bonne place » se trouve beaucoup moins souvent à portée pour le bacille de Hansen que pour celui de la tuberculose. La « gouttelette de Flügge » ce véhicule du bacille de Koch en particulier, ne transporte qu'exceptionnellement le bacille de Hansen.

Que des conditions favorables soient réalisées et l'infection suit son chemin. Nous avons précédemment rappelé que le bacille est émis au dehors par les ulcères de la peau ou des muqueuses. Que le bacille transmis par des linges ou des ustensiles récemment infectés viennent au contact d'une érosion récente, qu'ils tombent sur un terrain favorable et la contagion est réalisée.

L'ulcération apparente, évidente, avertit du danger, et suscite des précautions. La latence de certaines ulcérations muqueuses est le plus grand danger. L'importance de porteur de germe réapparaît ici. « Le lépreux latent est plus dangereux que le lépreux avéré ». Rien ne signale chez lui l'infection, aucun signe d'alarme. Et c'est ici qu'apparaît l'importance des recherches de Jeanselme et de Laurens sur la fréquence des lésions ignorées de la pituitaire, sur l'élimination du bacille de Hansen par le mucus nasal, sur l'existence de telles ulcérations indépendamment de toute autre lésion. On ne se méfie pas de tels porteurs de germes et c'est là cependant, d'après le professeur Marchoux, « la cause de contagion la plus commune ». Le cas rapporté par Mac Mahon,

de ce malade qui s'est contaminé sans quitter Londres, sans avoir connu de lépreux, est une preuve de cette facilité à s'infecter au contact du porteur de germes ignorés. Il est possible qu'il existe plus de lépreux qu'on ne pense, avec des lésions discrètes, et que ce soit là l'explication de l'apparition de cas de lèpre erratique.

Les rapports vénériens peuvent également être une source de contamination.

La lèpre est donc une maladie contagieuse au même titre que la tuberculose, mais moins que cette dernière. Elle exige en effet un ensemble de condition : contact prolongé, ulcération de la peau ou des muqueuses, une porte d'entrée, qui ne sont pas toujours réalisées. Il importe cependant de prendre vis-à-vis de cette affection les mesures prophylactiques propre à en limiter les ravages.

Nous nous arrêterons un moment mais rapidement aux traitements : remèdes physiques chimiques ou biologiques, qui sont les plus préconisés actuellement.

Le professeur Paldrock (Esthonie) a présenté le 20 septembre 1920, une femme lépreuse chez laquelle, après un traitement de treize mois par l'acide carbonique neigeux, disparurent toutes les manifestations extérieures de la lèpre : on applique un crayon d'acide carbonique neigeux sur un léprôme de diamètre correspondant. Il se produit une congélation limitée autour de laquelle la peau réagit par formation d'une zone inflammatoire. Au

bout d'un certain temps le léprôme congelé disparaît, à sa place se substitue un tissu souple, un peu pigmenté. En même temps les léprômes de la peau disparaissent également quoique n'ayant pas été soumis à l'action de l'acide carbonique neigeux. A leur place subsiste des taches molles et légèrement pigmentées. Microscopiquement, on trouve dans toutes ces taches les microbes de la lèpre sous forme de fines granulations.

Le professeur Paldrock rapporte à la III^e Conférence internationale de la lèpre, les cas de 13 malades très différents les uns des autres, qui tous ont été guéris ou tout au moins très améliorés par le traitement de la neige carbonique. Nous ne pouvons nous étendre ici en détails sur la durée et le mode d'application du traitement, mais on peut conclure que : « le traitement de la lèpre tubéreuse par l'acide carbonique neigeux donne de bons résultats qui s'expriment non seulement par la disparition des manifestations cutanées visibles ou palpables au doigt, mais également par le relèvement de l'état général des malades.

Mais la plupart des traitements employés jusqu'à présent sont basés sur les injections d'huile de Chaulmoogra, soit seule, soit associée à d'autres produits chimiques, tels que l'huile d'eucalyptus, etc..., ou par les éthers éthyliques des acides gras de l'huile de Chaulmoogra. Nous ne pouvons malheureusement rapporter ici les observations si intéressantes présentées à la III^e Conférence de la lèpre. Nous

nous bornerons à résumer les conclusions les plus probantes et signalons tout particulièrement les rapports des docteurs : Bonnet, de Nice, Kensuki Mitsuda, du Japon ; celui du Dr Marcel Robineau, de Paris (troupes coloniales) sur les essais de traitement effectués à la léproserie de Gedjang (Cameroun) ; Sir L. Rogers, de Calcutta ; Lie, de Bergen ; F. Parra et E. Santos, de la Colombie ; Rabello et Vernet, du Brésil ; Noc et Javelly, de Paris (troupes coloniales).

Les préparations à base d'huile de Chaulmoogra ont une action antilépreuse réelle. La voie intramusculaire est celle qu'il faut préférer à toute autre. Le traitement est forcément de longue haleine, et doit se poursuivre pendant des mois. Les éthers éthyliques des acides gras de l'huile de Chaulmoogra semblent les plus efficaces ; leur action est plus rapide, et leur emploi très facile.

Mais il est un traitement nouveau qui doit tout particulièrement attirer l'attention, c'est le traitement par l'éparséno ou 132. C'est un amino-arsénophénol. D'après M. Gougerot le traitement de la lèpre semble entré dans une voie nouvelle grâce à ce composé arsénobenzolique du type 132 de Pomaret. L'éparséno est un antilépreux de premier ordre, son action thérapeutique est considérable, surtout chez les malades atteints de lèpre tubéreuse ; son action sur la lèpre maculaire semble moindre.

L'éparséno semble actuellement l'agent thérapeutique le meilleur et le plus pratique. Des nombreuses

observations publiées à ce sujet on peut conclure à l'extrême sensibilité des lépreux à l'éparséno. Il produit toujours des réactions assez violentes : des névrites, douleurs cubitales violentes ; également une réaction locale des léprômes ; une réaction générale avec fièvre (38°5) et malaise général. Donc il faudra instituer un traitement prudent à doses progressives et espacées. Le lépreux doit recevoir le traitement le plus fort possible, mais toutefois proportionné à sa tolérance. Le malade sera surveillé de très près. Les résultats obtenus sont beaucoup plus rapides et beaucoup plus complets qu'avec tous les autres traitements jusqu'alors essayés. On rapporte les cas très intéressants de trois lépreux de types très différents chez lesquels les accidents cutanés visibles ont rapidement guéri. Mais il faut absolument *consolider le blanchiment* par des cures ultérieures. Il sera bon d'y associer l'héliothérapie qui même employée isolément donne des succès remarquables, les injections d'huile de Chaulmoogra et de ses dérivés. Les cures seront associées et alternées.

Il faut insister expressément sur les *cures de consolidation* pendant plusieurs années consécutives afin d'éviter des récidives et de fausses guérisons trompeuses.

Et maintenant quelles sont les mesures prophylactiques actuellement en vigueur ?

Cette question a été envisagée au III^e Congrès international de la lèpre tenu à Strasbourg en juillet 1924. Nous ne pouvons reprendre ici l'exposé des diffé-

rentes mesures expérimentées successivement dans les différents pays. Qu'il nous suffise de mettre simplement en parallèle les deux méthodes préconisées ; d'une part « l'isolement hospitalier exclusif » où l'internement est obligatoire, et d'autre part l'ensemble des dispositions plus libérales préconisées déjà par notre maître le professeur Jeanselme en 1909, et reprises par le professeur Marchoux de l'Institut Pasteur en 1914 au Conseil d'Hygiène publique de France.

« L'isolement hospitalier exclusif » a été pratiqué autrefois et c'était le seul mode de protection à une époque où la liberté individuelle était relative et facilement restreinte. Il était imposé par la loi de Hawaï (1865), par celle du Cap (1884), par celle plus récente encore des Philippines (1906).

Les résultats ont été tels, qu'à Hawaï il a fallu établir des lois plus libérales ; qu'au Cap, ces méthodes absolues « n'ont eu d'autres résultats que de faire augmenter la lèpre rapidement. » Qu'aux Philippines enfin, on a dû abolir ces mesures violentes de réclusion forcée.

L'exemple de la Norvège qui la première en 1865 eut recours à des mesures libérales est assez démonstratif. En 1880 il y avait encore 1804 lépreux ; en septembre 1919 il n'y en avait pas plus de 180. Donc inutilité des mesures draconiennes vexatoires. Bien plus, ces mesures sont dangereuses en raison des évasions répétées, des dissimulations de cas.

Actuellement l'opinion le plus généralement

admise, est d'avoir recours à des mœurs libérales. L'*isolement* des lépreux doit cependant rester la base de la prophylaxie, mais au lieu de lui donner un caractère coercitif et obligatoire, mieux vaut, autant que possible donner à cette réclusion le caractère « volontaire. »

On a, progressivement, été amené à considérer :

1° *L'isolement domiciliaire sous réserve.* — a) Le malade devra avoir des ressources pécuniaires suffisantes pour que les mesures sanitaires qui lui sont nécessaires soient strictement exécutées.

b) Le malade sera soumis périodiquement à une surveillance assidue, rigoureuse ; à des examens, des prélèvements, etc...

2° *L'internement volontaire dans une léproserie.* — Ceci pour des malades moins fortunés qui viennent spontanément demander des soins et des mesures prophylactiques.

3° *L'internement obligatoire pour les pauvres et les vagabonds.* — C'est en ôtant aux léproseries leur caractère de prison qu'on attirera le plus facilement les malades. Mathis y insiste dans une étude sur la prophylaxie de la lèpre au Cambodge. Telle est également l'opinion de Stevenel quand il écrit : « les léproseries, comme les sanatoria, ne doivent plus être que des hôpitaux spéciaux, et non des prisons ou des lieux de séquestration. »

Pour leur ôter ce caractère de léproserie, pour faciliter au mieux l'isolement il faudra les établir de préférence sous forme de vastes colonies agricoles

suffisamment éloignées de grosses agglomérations. De véritables petits villages pourront se constituer, où les lépreux, vivraient entre eux d'une vie presque normale, sous une surveillance médicale constante, soumis aux lois sociales habituelles. Des travaux ou métiers leurs seraient enseignés, ceux qui seront le plus compatibles avec le siège des lésions, avec les voies d'élimination habituelles des bacilles. Des distractions leur seront offertes. C'est en créant à ces lépreux une vie sociale presque normale qu'il sera possible d'attirer spontanément des malades qui dans d'autres conditions ne songeraient qu'à se dissimuler.

Ainsi que Grancher l'avait recommandé et que Léon Bernard l'a réalisé pour la tuberculose : « les meilleurs moyens de lutter contre la maladie est de lui enlever sa proie en éloignant les enfants du taudis et de la misère ; en renforçant le terrain, en le soustrayant aux contagions familiales. » De même pour la lèpre il faut séparer les enfants des lépreux de leurs parents dès la naissance, réaliser une sorte de placement comparable à ce que le professeur Léon Bernard a si magnifiquement réalisé pour la tuberculose.

Comme pour la tuberculose également, il faut systématiquement et périodiquement soumettre à des examens répétés les individus ayant vécu dans le voisinage de lépreux. Avant tout, il faut chercher à dépister la maladie dans ses premières manifestations.

Sans aucun doute, ces différentes mesures ne sont pas universellement applicables. Leurs cadres nous paraissent cependant suffisamment élastiques pour pouvoir s'adapter aux cas particuliers, et nous restons persuadés qu'elles sont susceptibles d'accentuer la diminution d'une affection de tout temps terrifiante et fortement redoutée.

CONCLUSIONS

1° La lèpre est une maladie contagieuse, au même titre que la tuberculose, mais moins contagieuse que celle-ci.

2° Les mesures prophylactiques exigent autant que possible l'isolement du malade ;

3° Cet isolement suivant les cas d'espèces (fréquences, situation sociale du malade) peut être réalisé :

a) A domicile : avec surveillance médicale du malade et de l'entourage ;

b) Dans des établissements spéciaux où le malade viendra spontanément et pourra dans certains cas être obligatoirement maintenu (vagabonds).

4° Ces établissements seront de préférence en dehors des agglomérations et permettront une vie sociale presque normale aux hospitalisés ;

5° Les enfants seront, dès leur naissance, séparés des parents lépreux ;

6° Il y a intérêt à interdire aux lépreux les métiers susceptibles de propager les germes de leur infection, et à leur apprendre des métiers plus en rapport avec leur maladie.

Vu : le président de la thèse,
JEANSELME

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Dolores de Jesus Alfonsesca*. — Les voies d'émission du bacille de la lèpre. Thèse Paris, 1915.
- Auché*. — La lèpre en Nouvelle-Calédonie (Arch. méd. navale, t. LXXVI, 1899, p. 189).
- Carlos Chagas*. — Règlement contre la lèpre au Brésil, 1920.
- Conférence Américaine de la lèpre, Rio, 1922.
- Conférence de la lèpre de Calcutta, 1920.
- Conférence (III^e) internationale de la lèpre, de Strasbourg, juillet 1923.
- Ivanov et Mamourov*. — Répartition géographique de la lèpre en Russie de 1883 à 1914.
- Jeanselme et Laurens*. — Des localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx (Soc. méd. hôp., 23 juillet 1897).
- Jeanselme*. — Leçons de dermatologie exotique. Paris, 1904.
- Société française de pathologie exotique, 1909.
- Jeanselme, Mauclair et Guillier*. — La lèpre est-elle toujours incurable (Bull. Soc. pathol. exot., 1912, p. 196).
- Jeanselme et Vernes*. — Cytologie et sérologie de la lèpre (Presse méd., 17 juillet 1912).
- Journal of the Philippine Zoland Medical Association, août 1920.
- Kitasato*. — Die lepra in Japan (II^e Conf. de la lèpre, t. II, p. 144).
- Leloir*. — Traité pratique et théorique de la lèpre. Paris, 1886.
- Mathis*. — Prophylaxie de la lèpre au Cambodge (III^e Conf. intern. de la lèpre. Strasbourg, 1923).
- Marchoux*. — La lèpre, 1913 (Revue d'Hygiène et de police sanitaire, t. XXXV, n^o 8, août 1913).
- Prophylaxie de la lèpre (III^e Conf. intern. de la lèpre. Strasbourg, 1923).
- Marchoux et Bourret*. — Recherches sur la transmission de la lèpre (Ann. Inst. Pasteur, juillet 1909).

Menant et Baisez. — La lèpre au Cambodge (Revue Indo-Chinoise, 1919).

Noël. — Etiologie et prophylaxie de la lèpre (Revue pratique des maladies des pays chauds, fév. 1922).

Souza-Arango (de). — La lèpre dans les Guyanes et la Trinité (Semaine méd. du Brésil, 1923).

